

Козырев М.А.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

/ Минск /

Абсцессы печени в большинстве случаев развиваются в результате попадания инфекции в печень по системе воротной вены из воспалительных очагов органов брюшной полости, гнойного холангита и травмы печени.

Нами проведен анализ лечения 38 больных с абсцессами печени. Одиночные абсцессы печени установлены у 26 (67%), множественные — у 12 (33%) больных.

У 15 больных причиной абсцесса были воспалительные заболевания органов брюшной полости, у 9 больных — травма, 10 больных — гнойный холангит и у 4 больных причина абсцесса не была установлена.

Правосторонняя локализация абсцессов была у 28, левосторонняя — у 10 больных. Поверхностное расположение гнойников печени наблюдалось у 30 больных и глубокое — у 8 больных.

В начальных стадиях заболевания клиническая картина обычно не имела четких симптомов и проявилась общей слабостью, ознобами и высокой температурой гектического характера. Обычно к 3 неделе заболевания определялась гепатомегалия. У 28 (60%) больных выявлялся симптом Крюкова — во время операции у всех этих больных установлены поверхностные абсцессы печени. У 12 (31%) больных имелось желтушное окрашивание склер и кожных покровов — у всех

выявлены множественные абсцессы. Характерным для больных был высокий лейкоцитоз (до $40 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом нейтрофильной формулы влево. При рентгенологическом исследовании у 18 (45%) определялось ограничение подвижности правого купола диафрагмы и у 9 (2%) больных — реактивный выпот в плевральной полости. Полость с горизонтальным уровнем выявлена только у 4% больных. Наиболее точная и полная информация получена при ультразвуковой эхолокации и компьютерной томографии печени, которые у всех исследованных больных позволили не только уточнить диагноз, но и установить размер и топографию абсцессов.

Лечение больных начинали с активной антибактериальной терапии и детоксикационных мероприятий. У 10 больных санацию гнойных полостей осуществляли пункционным методом путем непрерывного проточного промывания полости 0,02% раствором хлоргексидина с активной вакуум аспирацией.

28 больным применен оперативный метод лечения. Доступ для вскрытия абсцесса определяли по их локализации. Наиболее часто применялся трансабдоминальный доступ из косого разреза в правом подреберье, при леводолевых абсцессах делалась верхнесрединная лапаротомия. В случаях если абсцесс располагался на боковой поверхности и куполе правой доли использовался трансплевральный доступ; на задней поверхности — внебрюшинный с резекцией XII ребра. Дренирование полости абсцесса, как правило, проводили хлорвиниловыми трубками и тампонами с волокнистым сорбентом.

При множественных абсцессах печени с целью региональной инфузии лекарственных препаратов проводилась трансумбиликальная катетеризация воротной вены, а в некоторых случаях катетеризация общей печеночной артерии.

Считаем, что современные диагностические методы (эхолокация, КТ и др.) дают возможность в более ранние сроки установить диагноз данного заболевания и позволяют применять пункционный метод дренирования абсцессов печени.